

Personen Leistungen nach dem AsylbLG, das entspricht einem Anstieg um 8,4 % (+876 Personen) seit dem 31.12.2009. Höhere Empfängerzahlen bei der Zentralen Leistungsstelle (ZLA) und der Zentralen Aufnahmeeinrichtung für Asylbewerber (ZAA) am 31.12.2010 trugen dazu bei.

Empfängerzahlen nach AsylbLG nach rückläufiger Tendenz erstmals wieder zunehmend

Die Empfängerrate von Leistungen nach dem AsylbLG an der Bevölkerung insgesamt lag am 31.12.2010 bei 3,3 je 1.000 und an der ausländischen Bevölkerung bei 24,0 je 1.000 (2009: 3,0 bzw. 22,1).

Das *Geschlechterverhältnis* unter den Asylbewerbern in Berlin lag 2010 wie 2009 bei rund 41 % Frauen zu ca. 59 % Männern.

Nach *Altersgruppen* differenziert war der Anstieg der Empfängerzahlen von 2009 zu 2010 am höchsten bei den 18- bis 24-Jährigen (+15,7 %) und bei den über 50-Jährigen (+13,3 %).

Die meisten Asylbewerber und -bewerberinnen waren zum 31.12.2010 wie auch in den Jahren zuvor - gemessen an den absoluten Zahlen und den Anteilen an der jeweiligen Bevölkerung - in den *Bezirken* Mitte (1.438 Personen / 4,3 je 1.000) und Friedrichshain-Kreuzberg (1.045 Personen / 3,9 je 1.000) untergebracht; bezogen auf die ausländische Bevölkerung des jeweiligen Bezirks führten jedoch Treptow-Köpenick (901 Personen / 112,4 je 1.000 der ausländischen Bevölkerung) und Marzahn-Hellersdorf (539 Personen / 52,6 je 1.000 der ausländischen Bevölkerung) die Rangliste an. Die Bezirke mit den geringsten Asylbewerberzahlen waren Steglitz-Zehlendorf und Reinickendorf (384 bzw. 316 Personen / jeweils 1,3 je 1.000 der Bezirksbevölkerung) (vgl. im GSI verfügbare Tabelle [2.22-2](#)).

2.3 Krankenversicherungsschutz der Berliner Bevölkerung

GKV-Versicherte in Berlin im Jahr 2010

Von den rund 3,4 Mio. Berlinerinnen und Berlinern ist der überwiegende Teil, d. h. rund 2,8 Mio., in der *gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert*. Das sind gemessen an der Berliner Bevölkerung rund 81 % GKV-Versicherte mit Wohnort in Berlin zum 1. Juli 2010.

81 % der Berliner Bevölkerung sind in der GKV versichert

Zu dem Versichertenkreis zählen mit einem Gesamtanteil von 76,4 % (61,7 % der Berliner Bevölkerung) die pflichtversicherten und freiwillig versicherten *Mitglieder und die Rentnerinnen und Rentner*. Darüber hinaus haben die unter bestimmten Voraussetzungen *beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen* ebenfalls Anspruch auf den vollen gesetzlichen Krankenversicherungsschutz, ihr Anteil liegt in Berlin bei 23,6 %.

Die bundesweiten Ersatzkassen (u. a. die Barmer Ersatzkasse, Techniker Krankenkasse) haben mit einem *Marktanteil* von 47,5 % den größten Versichertenanteil in Berlin. Bei der AOK-Gemeinschaft sind 26,0 % Berlinerinnen und Berliner versichert und das BKK-System hat einen Anteil von 21,6 %. Die *Versicherten- bzw. Mitgliederstruktur* der einzelnen Kassenarten ist jedoch unterschiedlich. So hat das AOK-System bei den Mitgliedern den höchsten Anteil an Rentenbeziehenden mit 43,8 % in Berlin zu verzeichnen. Bei den Ersatzkassen liegt der Anteil der Rentnerinnen und Rentner dagegen nur bei 25,6 % und bei den BKKn bei 26,7 % (vgl. im GSI verfügbare Tabellen [10.18-1](#), [10.18-2](#), [10.19-1](#), [10.19-2](#), [10.19-3](#) und [10.19-4](#)).

Gesundheitsfonds und Morbi-Risikostrukturausgleich

Seit dem 01.01.2009 verwaltet das Bundesversicherungsamt (BVA) zentral die zur Finanzierung der GKV benötigten Finanzmittel als *Gesundheitsfonds*. Hier fließen die Krankenversicherungsbeiträge und der Steuerzuschuss des Bundes für versicherungsfremde Leistungen zusammen. Im Startjahr

des Gesundheitsfonds 2009 war der Fonds so ausgestattet, dass die zu erwartenden Ausgaben der GKV zu 100 Prozent gedeckt wurden.

Risikostrukturausgleich seit Einführung des Gesundheitsfonds 2009 morbiditätsorientiert

Die Krankenkassen erhalten zur Finanzierung ihrer Ausgaben Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zur Deckung von Pflichtleistungen und für sonstige Ausgaben wie Verwaltungskosten. Für jeden Versicherten bekommen die Krankenkassen eine Grundpauschale in Höhe der durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben in der GKV sowie Zu- und Abschläge zum Ausgleich des nach Alter, Geschlecht und Krankheit unterschiedlichen Versorgungsbedarfs. Hierzu wurde der **Risikostrukturausgleich (RSA)** mit Einführung des Gesundheitsfonds weiterentwickelt als **morbiditätsorientierter RSA** (Morbi-RSA). Neben den bisherigen Merkmalen des RSA - Alter, Geschlecht und Bezug einer Erwerbsminderungsrente - werden nunmehr die Krankheitsrisiken anhand von 80 ausgewählten Krankheitsgruppen berücksichtigt, für die überdurchschnittlich hohe Leistungsausgaben bei den Krankenkassen anfallen. Damit erhalten Krankenkassen, die viele chronisch kranke Versicherte betreuen und dadurch einen höheren Leistungsaufwand haben, eine **gerechtere Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds**. Die Leistungsansprüche der einzelnen Versicherten sind hiervon vollkommen unberührt, da der Morbi-RSA nur bei der Verteilung der Finanzzuweisungen aus dem Gesundheitsfonds eine Rolle spielt.

Bundeseinheitlicher Beitragssatz seit dem 01.01.2009 in der GKV

Mit der Einführung des Gesundheitsfonds zum 01.01.2009 wurde die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung neu gestaltet. Seit diesem Zeitpunkt zahlen alle GKV-Mitglieder/Beitragszahlende, d. h. auch die Berliner gesetzlich krankenversicherten Mitglieder, den gleichen Beitragssatz unabhängig davon, bei welcher gesetzlichen Krankenkasse sie versichert sind. Der **bundesweit einheitliche Beitragssatz** wurde zum 01.01.2009 auf 15,5 % festgesetzt. Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie Rentnerinnen und Rentner zahlen 8,2 % inklusive des gesetzlichen Sonderbeitrages (0,9 %), der Anteil von Arbeitgebern bzw. gesetzlicher Rentenversicherung (RV) liegt bei 7,3 %. Dieser bundeseinheitliche Beitragssatz gilt für alle gesetzlich versicherten Mitglieder, die bei Arbeitsunfähigkeit mindestens sechs Wochen Anspruch auf Entgeltfortzahlung haben sowie für Rentnerinnen und Rentner. Der ermäßigte Beitragssatz gilt für Mitglieder, die keinen Krankengeldanspruch haben (z. B. Selbständige) sowie für Bezieherinnen und Bezieher von ALG II. Er beträgt bundeseinheitlich 14,9 % inkl. des Sonderbeitrages von 0,9 %. Zum 01.07.2009 wurde im Rahmen des Konjunkturpaketes II der allgemeine Beitragssatz bis zum Jahresende 2010 um 0,6 Beitragssatzpunkte auf 14,9 % abgesenkt. Damit wurden sowohl Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber als auch Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer jeweils anteilig um 0,3 %-Punkte entlastet.

künftige Beitragssatzanpassungen gehen allein zu Lasten der beitragszahlenden Mitglieder

In Folge einer weiteren Finanzreform zum 01.01.2011 wurde der allgemeine Beitragssatz erneut auf 15,5 % bzw. der ermäßigte Beitragssatz auf 14,9 % angehoben. Der **Arbeitgeberbeitrag** ist seit diesem Zeitpunkt auf 7,3 % (allgemeiner Beitragssatz) bzw. auf 7,0 % (ermäßigter Beitragssatz) **festgeschrieben**. Zukünftige Beitragssatzanpassungen müssen von den Beitragszahlenden alleine getragen werden.

Erhebung von Zusatzbeiträgen - Konsequenzen für Versicherte und Krankenkassen

Reichen die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zur Deckung des Finanzbedarfs einer Krankenkasse nicht aus, ist die Krankenkasse verpflichtet, einen **Zusatzbeitrag** zu erheben, der von den beitragszahlenden Mitgliedern allein zu tragen ist.

Bis zum Jahresende 2010 war die Höhe des Zusatzbeitrages begrenzt auf maximal ein Prozent des beitragspflichtigen Einkommens (max. 37,50 EUR im Monat) bzw. bei festen Zusatzbeiträgen bis zu 8 EUR ohne Einkommensprüfung. Während im Jahr 2009 nur eine Betriebskrankenkasse von ihren Mitgliedern einen Zusatzbeitrag von 8 EUR forderte, waren es im Jahr 2010 schon 13 gesetzliche

Krankenkassen, die einen Zusatzbeitrag erheben mussten. Darunter sind neben der Deutschen Angestellten Krankenkasse (DAK) mit rd. 4,6 Mio. Mitgliedern auch die City BKK, die aus der Fusion der BKK des Landes Berlin und der BKK des Landes Hamburg im Jahr 2004 hervorging. Von den rd. 180.000 Versicherten (Stand: Januar 2011) sind rd. 80.000 Berlinerinnen und Berliner bei dieser bundesunmittelbaren Krankenkasse versichert. Mit der Erhöhung des Zusatzbeitrages zum 01.01.2011 auf 15 EUR (seit 01.04.2010 pauschal 8 EUR) haben weitere Versicherte die CITY BKK verlassen. Die über Jahre bereits finanziell angeschlagene Krankenkasse konnte sich auch unter Gesundheitsfondsbedingungen nicht sanieren. Zum 1. Juli 2011 wird die **City BKK als erste Krankenkasse seit Einführung des Gesundheitsfonds** vom Bundesversicherungsamt als zuständige Aufsichtsbehörde **geschlossen**, weil ihre wirtschaftliche Leistungsfähigkeit auf Dauer nicht mehr gegeben ist.

Im Rahmen der letzten GKV-Finanzreform erfolgt ab 01.01.2011 eine grundsätzliche Neuregelung des Zusatzbeitrages. Der Zusatzbeitrag wird nur noch als Festbetrag erhoben. Die **Höhe des Zusatzbeitrages** ist nicht mehr begrenzt, sondern wird von den Krankenkassen eigenständig festgelegt. Die Belastungsgrenze der Mitglieder steigt auf zwei Prozent des beitragspflichtigen Einkommens. Es findet ein **Sozialausgleich** statt, der aus Steuermitteln finanziert wird. Der Sozialausgleich greift immer dann, wenn der durchschnittliche Zusatzbeitrag in der GKV die Grenze von zwei Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen eines Mitglieds übersteigt. Das wird vom Arbeitgeber bzw. vom Rentenversicherungsträger geprüft. Grundsätzlich sind alle Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen zur Zahlung des Zusatzbeitrages verpflichtet. Mitversicherte Angehörige zahlen den Zusatzbeitrag nicht. Für Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II wird der Zusatzbeitrag aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds maximal bis zur Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrages finanziert.

Höhe des von den Krankenkassen festgelegten Zusatzbeitrages ist nicht mehr begrenzt

Sonderkündigungsrecht der GKV-Mitglieder bei Erhebung von Zusatzbeiträgen

Die Mitglieder haben **bei der Erhebung bzw. Erhöhung des Zusatzbeitrages ein Sonderkündigungsrecht**, dass seit dem 01.01.2009 gilt. Die Frist dafür beträgt zwei Monate zum Monatsende. Die Kündigung muss spätestens an dem Tag bei der Kasse eingehen, ab dem der Zusatzbeitrag erhoben wird. Dann zahlt der Versicherte für den Kündigungszeitraum auch keinen Zusatzbeitrag mehr.

Die im Jahr 2010 von 13 gesetzlichen Krankenkassen eingeführten Zusatzbeiträge haben hunderte-tausende Versicherte veranlasst, ihre Krankenkasse zu wechseln. So profitierten die gesetzlichen Krankenkassen ohne Zusatzbeitrag u. a. von dem Sonderkündigungsrecht und hatten teilweise beträchtliche **Versichertenzuwächse**. Die bundesweit geöffnete Techniker Krankenkasse hat im Jahr 2010 (01.01.-01.10.2010) unter allen gesetzlichen Krankenkassen den höchsten Versichertenzuwachs von rd. 294.000 Neuzugängen. Zu den Gewinner-Kassenarten zählen auch die AOKn, die bundesweit ohne Zusatzbeitrag im Jahr 2010 auskamen. Die AOK Bayern hat rd. 89.500 Versicherte und die AOK Baden-Württemberg rd. 50.000 Versicherte dazu gewonnen und auch die fusionierte AOK Berlin-Brandenburg konnte einen Versichertenzuwachs von rd. 13.200 verzeichnen.

Dagegen hat die große Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK) rund 370.200 ihrer Versicherten (rd. 6 %) verloren und die KKH Allianz knapp 152.800 (rd. 7,5 %). Das BKK-System musste ebenfalls bei den BKKn mit Zusatzbeitrag im Jahr 2010 erhebliche **Versichertenverluste** hinnehmen. Die BKK Gesundheit verlor rd. 258.900 Versicherte (-18,8 %) und die Deutsche BKK rd. 115.300 Versicherte (-11,7 %). Die angeschlagene BKK für Heilberufe, die seit Anfang 2010 einen Zusatzbeitrag von 1 % vom Brutto und seit 01.01.2011 monatlich 10 EUR von ihren Mitgliedern fordert, hat im Jahr 2010 (01.01.-01.10.2010) rund 99.000 Versicherte (-41 %) verloren. Bei der City BKK, die bereits in den letzten Jahren erhebliche Versichertenverluste durch den bundesweit höchsten Beitragssatz von 16,9 % (im Jahr 2008) hinnehmen musste, wechselten seit Erhebung des Zusatzbeitrages weitere rd. 9.100 Versicherte (-4,6 %) die Kasse.

erhebliche Versichertenverluste in Krankenkassen nach Erhebung eines Zusatzbeitrages

Krankenkassenfusionen

Zahl der gesetzlichen Krankenkassen in den Jahren 2009/10 durch Fusionen von 202 auf 156 reduziert

Die Zahl der gesetzlichen Krankenkassen hat sich seit Anfang 2009 von 202 auf 156 Krankenkassen zum 01.01.2011 reduziert. Hintergrund ist die fortschreitende **Fusionswelle von Krankenkassen** innerhalb der jeweiligen Kassenart, wie die Vereinigung von AOKn, aber auch kassenartenübergreifende Fusionen u. a. zwischen AOKn und BKKn bzw. IKKn. Allein im BKK-System hat sich die Anzahl von 155 auf 121 BKKn in diesem Zeitraum reduziert (vgl. im GSI verfügbare Tabelle [10.23z-1](#)).

Rund die Hälfte der Krankenkassen hatte Anfang 2009 weniger als 50.000 Mitglieder. Je kleiner die Kassen sind, desto weniger überlebensfähig sind sie, wenn sie auf sich allein gestellt sind. Um zukünftig im **Kassenwettbewerb** zu bestehen, müssen die Krankenkassen größer und stärker werden. Die größere Marktpräsenz bietet u. a. Vorteile bei den Vertragsverhandlungen mit den Leistungserbringern (u. a. mit Krankenhäusern, Vertragsärztinnen und -ärzten und Pharmaunternehmen), um ihre Verhandlungsposition im Sinne der Versicherten zu stärken.

Für die Versicherten entstehen durch die Fusion von Krankenkassen **keine Nachteile**. Ein Sonderkündigungsrecht ergibt sich aus einer Kassen-Fusion nicht. Vielfach profitieren die Versicherten von kleinen Krankenkassen von einer Fusion, da ohne den Zusammenschluss mit einer größeren finanzstarken Kasse von einigen Kassen Zusatzbeiträge zu Lasten ihrer Mitglieder erhoben werden müssten. Mitglieder von fusionierten Kassen, die achtzehn Monate bereits bei einer der fusionierten Kassen versichert waren, können dennoch unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von zwei Monaten zu einer anderen Kasse wechseln. Versicherte, die einen Wahltarif oder Selbstbehalt vereinbart haben, sind in der Regel auch der fusionierten Kasse mit einer Bindungsfrist von bis zu drei Jahren verpflichtet.

Fusionen im AOK-System

stärkere Marktpositionen der AOK-Gemeinschaft durch Fusionen innerhalb der letzten Jahre

Die AOK-Gemeinschaft hat durch **Fusionen** ihre Wettbewerbs- und Marktpositionen innerhalb der letzten Jahre bundesweit gestärkt. Unter den 20 größten gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland sind 10 regionale AOKn zum 01.10.2010 vertreten. Neben zwei kassenartenübergreifenden Fusionen, der AOK Sachsen-Anhalt mit der BKK Sachsen-Anhalt (Fusion zum 01.04.2009) und der AOK Niedersachsen mit der IKK Niedersachsen (Fusion zum 01.04.2010) gab es innerhalb des AOK-Systems weitere Fusionen. Die AOK Westfalen-Lippe und die AOK Schleswig-Holstein fusionierten zum 01.10.2010 zur AOK NordWest und sind mit rd.1,9 Mio. Mitgliedern bundesweit die achtgrößte Krankenkasse.

Für die **AOK-Versicherten in Berlin** standen gleich **zwei AOK-Fusionen im Zeitraum 2010/2011** an. Zum 01. Januar 2010 vereinigten sich die AOK Berlin und die AOK Brandenburg zur AOK Berlin-Brandenburg - Die Gesundheitskasse. Die neue AOK ist mit Ihren rund 1,3 Mio. Versicherten - davon sind rund 700.000 Berlinerinnen und Berliner- die größte Krankenkasse in der Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg und belegt bundesweit Platz 15 unter den mitgliedersstärksten gesetzlichen Krankenkassen. Mit ihren rund 4.200 Beschäftigten (davon 2.300 in Berlin) zählt sie auch zu den großen Arbeitgebern in der Region. Die AOK-Versicherten können weiterhin ein flächendeckendes Netz von 72 Beratungsstandorten - davon 20 AOK-Servicecenter in Berlin - nutzen. Sitz der neuen AOK Berlin-Brandenburg ist seit 01.01.2010 die Brandenburger Landeshauptstadt Potsdam. Die AOK-Pflegekasse hat weiterhin ihren Sitz in Berlin. Mit der Sitzverlagerung der fusionierten AOK Berlin-Brandenburg hat das Land Berlin auch die Rechtsaufsicht über die AOK an das Land Brandenburg abgegeben. Eine Verwaltungsvereinbarung zwischen dem Land Brandenburg und dem Land Berlin auf Ebene der Gesundheits- und Sozialressorts sichert weiterhin, dass die zuständigen Berliner Senatsverwaltungen zeitnah über Probleme und Fortschritte in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung der AOK-Versicherten in der Hauptstadt informiert werden. Darüber

hinaus wurde in einer Kooperationsvereinbarung mit der AOK Berlin-Brandenburg geregelt, dass sich die Gesundheits- und Sozialverwaltungen in Berlin und die fusionierte AOK auch in Zukunft regelmäßig zu den Themen der Gesundheits- und Pflegepolitik austauschen.

Ein Jahr nach dem Zusammenschluss der AOK Berlin und der AOK Brandenburg erfolgte zum 01.01.2011 eine weitere Fusion mit der AOK Mecklenburg-Vorpommern zur neuen **AOK-Nordost**. Sitz der fusionierten Kasse ist weiterhin Potsdam. Für den Sitz der AOK-Pflegekasse bleibt Berlin als Standort erhalten. Die Rechtsaufsicht über die Kranken- und Pflegekasse verbleibt im Land Brandenburg. Die neue AOK-Nordost wird auch in Zukunft eng mit den drei Landesministerien zusammenarbeiten und sich zu gesundheits- und pflegepolitischen Schwerpunkten austauschen. Die neue AOK-Nordost ist mit 1,8 Mio. Versicherten die größte Krankenkasse in den drei Bundesländern und gehört zu den Top 10 der gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland. Als **Marktführer in Norddeutschland** kann die neue AOK-Nordost ihre Verhandlungsposition gegenüber Vertragspartnern stärker und für ihre Versicherten eine weitere Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung in allen Regionen, d. h. in den Städten und in den dünn besiedelten ländlichen Gebieten, vorantreiben. Das wohnortnahe Servicenetz bleibt mit 112 Standorten in den drei Bundesländern erhalten. Die AOK-Nordost startete ohne Zusatzbeitrag ins Jahr 2011⁸.

Berliner AOK-Versicherte seit Anfang 2011 in fusionierter AOK-Nordost mit 1,8 Mio. Versicherten

2.4 Umweltbezogener Gesundheitsschutz

Berliner Luftgüte

Die Luftqualitätsrichtlinie wird in nationales Recht durch das **Bundes-Immissionsschutzgesetz** (BImSchG) umgesetzt. Danach ist Berlin verpflichtet Luftparameter, die für Mensch und Natur eine Gefahr darstellen, zu erheben und die ermittelten Messwerte der Öffentlichkeit zugänglich zu machen. Dazu gehören u. a.: Schwebstaub (PM₁₀), Stickstoffdioxid (NO₂), Stickoxide (NO_x), Schwefeldioxid (SO₂), Benzol und Ozon (O₃). Für den Großteil dieser Luftparameter gibt es Grenzwerte und ergänzend Toleranzmargen.

Die **Berliner Luftqualität** wird kontinuierlich von der für den Umweltschutz zuständigen Senatsverwaltung mit Hilfe eines weitverzweigten **Messnetzes** gemessen. Mit Ausnahme des Feinstaubes und des Stickstoffdioxids nimmt die gesundheitsrelevante Luftbelastung ab bzw. bleibt unterhalb der Grenzwerte stabil.

Der von den Kraftfahrzeugen emittierte **Feinstaub** nimmt aufgrund der sich modernisierenden Fahrzeugflotte und der Fahreinschränkungen durch die Festsetzung der **Umweltzone** ab. Die Messungen beispielsweise an der starkbefahrenen Frankfurter Allee zeigen, dass damit auch der Gehalt an Dieselruß zurückgeht. Der Straßenverkehr trägt jedoch nur zu einem Anteil von ca. 35 % zur Feinstaubbelastung bei. Aufwirbelungen, meteorologische Bedingungen, wie kalte trockene Winter bei häufigen Hochdruckwetterlagen mit schwachen Winden und längere Heizperioden sind weitere Ursachen, die kaum zu beeinflussen sind.

⁸ Quellen:

1. G: GKV-Statistiken KM 6 und KM 1 / Gesundheitspolitische Informationen des BMG 01.11.
2. GKV Spitzenverband: Pressestelle GKV-SV 04.01.2011. Faktenblatt Thema: Änderungen zum 1.1.2011.
3. BVA-Beitrag: „So funktioniert der neue Risikostrukturausgleich im Gesundheitsfonds“, eingestellt auf BVA-Internetportal.
4. Dienst für Gesellschaftspolitik: dfg-Ranking vom 11. November 2010. Liste der deutschen Krankenkassen - Ranking nach Mitgliederzahlen Stichtag: 1. Oktober 2010.
5. Internetportal (www.krankenkassen.de): Liste der fusionierten Krankenkassen Oktober 2008 bis Januar 2011.
6. AOK-Pressinformation vom 29. Juni 2009 zur Fusion AOK Berlin-Brandenburg
7. Landespressestelle vom 11.09.2010: „AOK Berlin-Brandenburg - die Gesundheitskasse“, Länder Berlin und Brandenburg genehmigen Vereinigung.
8. AOK Forum für Berlin und Brandenburg (Ausgabe Winter): Artikel: AOK-Nordost startet zu Jahresbeginn - Bundesländer erteilen Genehmigung.
9. KV Blatt 02/11.
10. Dienst für Gesellschaftspolitik - Ranking Liste aller Krankenkassen in Deutschland nach Versicherten, Stichtag: 1. Oktober 2010 (Veränderung 01.01.2010 zum 01.10.2010).